

THESE

85

Pour le
DOCTORAT en MEDECINE
(Diplome d'Etat)

Par

Nicole HENRY-VEYRIERES

Née le 28 Septembre 1943 à Neuilly-sur-Seine
Ancienne Externe des Hopitaux de PARIS
Interne des Hopitaux Psychiatriques de la Seine

Présentée et soutenue publiquement le

1971

LA SECURITE A L'HOPITAL PSYCHIATRIQUE

Président: Monsieur LAUNAY , Professeur



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41554017_0012

FACULTE DE MEDECINE PARIS-LARIBOISIERE-SAINT-LOUIS

PARIS VII

Année 1971 n°

THESE

Pour le
DOCTORAT en MEDECINE
(Diplome d'Etat)

Par

Nicole HENRY-VEYRIERES

Née le 28 Septembre 1943 à Neuilly-sur-Seine
Ancienne Externe des Hopitaux de PARIS
Interne des Hopitaux Psychiatriques de la Seine

Présentée et soutenue publiquement le 197.

LA SECURITE A L'HOPITAL PSYCHIATRIQUE

Président: Monsieur LAUNAY , Professeur

1127

DOCTORAT en MÉDECINE

(Diplôme d'État)

DOCTORAT en MÉDECINE

(Diplôme d'État)

UNIVERSITÉ DE LEIDE

Nicolaus ...
...
...



DOCTORAT en MÉDECINE

UNIVERSITÉ DE LEIDE

UNIVERSITÉ DE LEIDE

A Monsieur le Professeur C. Launay

qui a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence
de cette thèse.

Avec toute notre reconnaissance.

A Mademoiselle le Docteur H. Chaigneau

qu'elle veuille bien trouver ici nos remerciements pour son
aide précieuse et chaleureuse que nous avons rencontrée chez
elle au cours de notre stage d'Interne.

Aux différentes équipes soignantes du C.T.R.S.

A Monsieur le Docteur Ayme.

Et aux équipes soignantes de l'hôpital de Moisselles.

LA SECURITE A L'HOPITAL PSYCHIATRIQUE

INTRODUCTION

Le problème de la sécurité est un de ceux devant lequel chaque médecin et surtout chaque psychiatre d'hôpital ou de secteur est presque quotidiennement confronté.

C'est également au décours de nos fonctions d'interne dans les hôpitaux psychiatriques une question que nous nous sommes souvent posée : qu'en est-il exactement de la sécurité des malades et de leurs familles, ainsi que celle du personnel soignant, ces trois notions nous paraissant intimement liées.

Nous tenterons d'aborder ce sujet en nous servant de nos observations faites dans deux services : d'une part à l'hôpital de MOISELLES, petit hôpital avec un seul médecin-chef qui est également médecin-directeur, et d'autre part le C.T.R.S., service d'un grand hôpital.

Auparavant, essayons de revenir sur cette notion même de sécurité. On se heurte d'emblée à la difficulté d'analyse d'un tel concept. En effet, la sécurité enveloppe une réalité quotidienne à l'intérieur de l'hôpital (comme à l'extérieur, dans la cité, où la sécurité est la condition sine quae-non à la possibilité d'exister), et de plus la sécurité est la condition d'être d'une société, la protection d'individus contre d'autres individus est la raison d'être de l'hôpital psychiatrique.

Ainsi, en poursuivant notre analogie entre la vie dans la cité et la vie à l'hôpital, nous voyons que le terme même de sécurité implique non seulement la sécurité de fait de l'individu, mais aussi la défense de la société, asilaire ou non.

En effet, il s'agit d'un problème idéologique car la sécurité

se place à l'intérieur de chacun d'entre nous. C'est la notion de sécurité subjective. Mais il s'agit également de la crainte qu'éprouve chaque individu par rapport à l'autre et ainsi pour les moralistes apparaît la notion de respect qui garantirait la sécurité de l'état. C'est dans cet esprit que MONTESQUIEU dans "L'esprit des lois" imaginait une société où chaque homme aurait par "essence" le respect de l'autre.

Mais déjà à la fin du 17ème siècle, Spinoza démystifie cette notion de sécurité, écrivant ainsi dans son premier traité politique : "Un état dont le salut dépend uniquement de la loyauté de certaines personnes n'aura aucune sécurité. Pour qu'il puisse vivre, il faudra ordonner les choses de telle sorte que ceux qui administrent l'état, qu'ils soient guidés par la raison ou mûs par une affection (folie) ne puissent être amenés à agir de la façon déloyale ou contraire à l'intérêt général, et peu importe à la société quel en est le motif intérieur... La vertu nécessaire à l'état est la sécurité".

Ainsi, nous voyons que ce qui fait tenir un système, c'est non pas la loyauté mais la crainte, crainte que ce système fait naître chez l'homme et qui tout en le protégeant protège ce dernier.

Dans un premier temps, il nous est apparu utile pour aborder le problème de la sécurité à l'hôpital de poser en termes parallèles les problèmes de la cité, d'autant que c'est en termes de psychiatre de secteur que l'on devrait pouvoir travailler.

Cependant, nous ne pouvons poursuivre plus loin notre analogie sans y apporter une certaine limite du fait de la spécificité même de l'hôpital. Certes, à l'hôpital comme à la ville, le malade mental suscite des réactions d'angoisse et de rejet, mais à l'hôpital apparaît une notion bien particulière : celle de la prise en charge du malade mental. Et l'on peut être amené à se poser la question suivante : dans quelle mesure le malade est-il

pris en charge dans cet hôpital où la sécurité a une telle importance ?

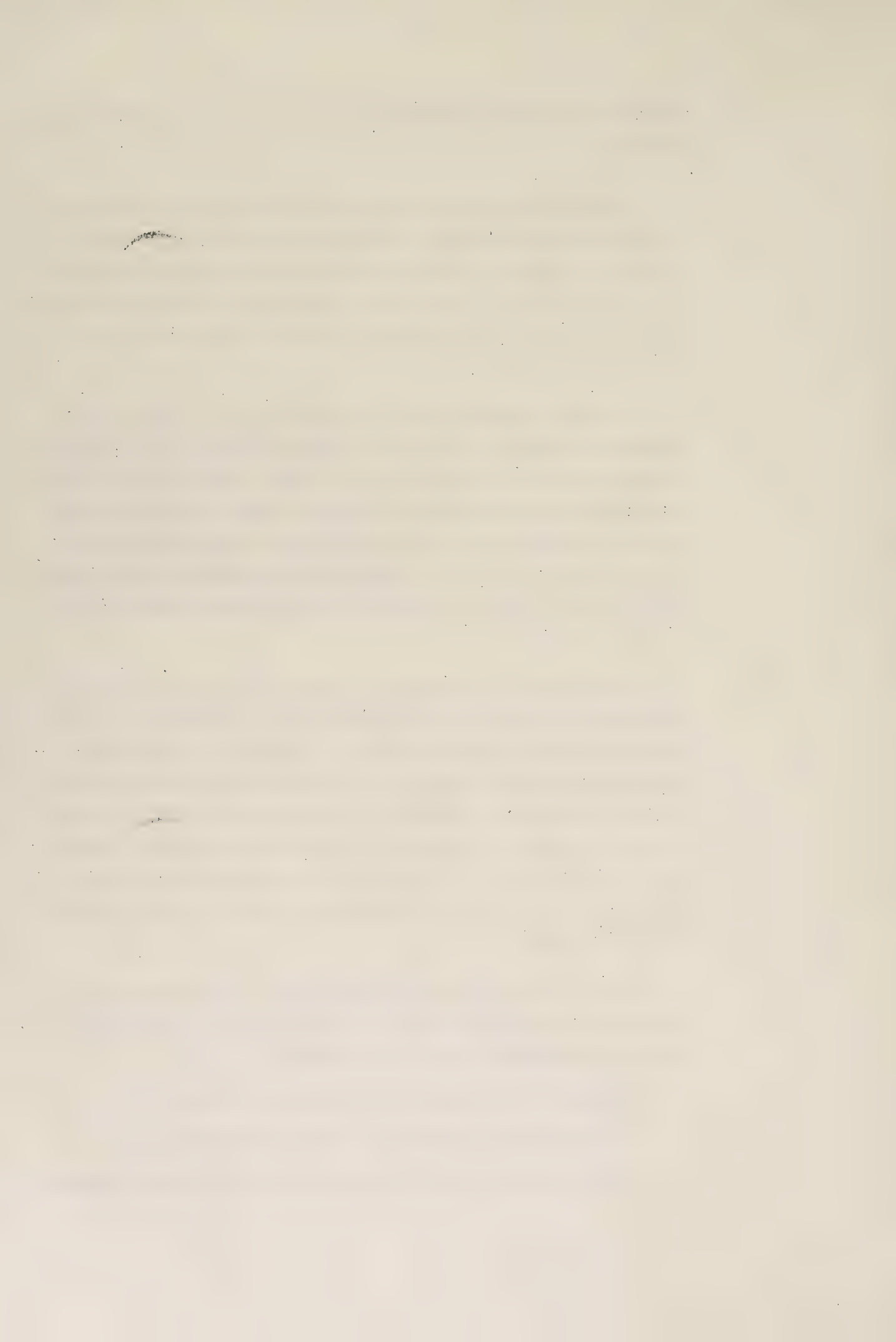
Nous entendons le terme de prise en charge, non pas comme l'équivalent d'un fardeau, d'une gêne ou d'une servitude mais comme une obligation résultant d'un contrat. Ce dernier étant : "une convention par laquelle une ou plusieurs personnes s'obligent envers une ou plusieurs autres, à donner, à faire ou à ne pas faire quelque chose".

Et nous voudrions dans ce travail discuter si cette notion de prise en charge du malade est compatible avec ce que nous avons vu être la sécurité. Mais à cette dernière notion s'associe celle de risque. Et, nous aimerions voir également si cette notion de "risque à prendre" n'est pas indispensable pour travailler en milieu médical et particulièrement psychiatrique, et dans quelle mesure cette notion est compatible avec le fameux adage : "et d'abord ne pas nuire" ?

Pour aborder ces problèmes, nous analyserons dans une première partie la notion de sécurité dans ce que Goffmann a appelé les "institutions totalitaires" ; il s'agit là des structures traditionnelles de l'asile où la nécessité absolue de sécurité a semblé transformer l'hôpital en véritable désert. Mais n'est-ce pas seulement une apparence, et dans ces institutions peut-on dire que "les soins et la sécurité" sont réellement assurés, phrase du reste toujours employée, mais cette fois dans les périodes de grève.

Puis, dans une deuxième partie, nous tenterons d'approcher le devenir de ces notions dans les services dits "institutionnalisés" en abordant les points suivants :

- sécurité et risque dans les services ouverts,
- la soi-disante sécurité du refuge hospitalier,
- les dangers de la politique de sortie ou de son inverse.



Dans une troisième partie, nous discuterons des limites de la charge de l'interne compatible avec sa propre sécurité, puisque c'est finalement ce problème qui nous a fait aborder ce sujet.

o

o o

PREMIERE PARTIE

Pour aborder ce chapitre nous ferons d'abord un aperçu historique, ou plutôt nous relaterons des observations faites par des infirmières de Moisselles qui ont travaillé dans cet établissement avant les années 50.

Ce que l'on redoutait le plus chez les malades mentaux, à cette époque, était :

- le suicide,
- l'évasion,
- l'impulsion à frapper.

Soucis constants dans les services, la première et la plus sûre technique pour y parer était la surveillance continue. Les moyens pour y parvenir étaient apparemment simples : il suffisait d'enlever ce qui était suspecté dangereux, il y a risque d'évasion par la fenêtre, mettons des barreaux aux fenêtres, risques de blessures, supprimons les couteaux, risque que les malades s'agressent entre elles, séparons-les.

Nous donnerons quelques exemples de cette surveillance en relatant des faits qui ont marqué la vie quotidienne des soignants d'une époque. Ainsi une infirmière raconte à propos d'un transfert d'une malade dans un autre hôpital : "Nos consignes étaient précises, même si nous étions plusieurs nous ne devions jamais nous assoupir, quand une malade nous demandait d'aller au cabinet, nous devions l'accompagner à deux et laisser la porte entr'ouverte".

Mais, surtout, à l'intérieur de l'hôpital, la sécurité était assurée par la répartition des malades en différents quartiers selon l'affection dont ils étaient atteints. Nous retrouvons,

ici aussi, le rejet du malade dans un "autre endroit". Ainsi :
"Quand nous commençons à être gênées par une malade, nous n'hésitions pas à la transférer dans un autre quartier".

A Moisselles, il y avait à cette époque quatre quartiers : l'infirmierie, les "gâteuses", les "agitées" et enfin les "travailleuses calmes". L'infirmierie était le lieu noble, celui où l'on soignait avec des médicaments et où les infirmières "travaillaient vraiment". Ces dernières, du reste, étaient appelées "panseuses" et étaient mieux payées que leurs collègues. Nous voyons apparaître l'importance des médicaments qui permettent d'assurer le traitement en nous évitant l'angoisse que pourrait susciter l'écoute du malade.

Du reste, il est à noter que cette séparation des malades se retrouve dans l'histoire de chaque service et que tel quartier ou tel pavillon est encore appelé "l'ancienne infirmierie".

Un autre exemple va nous montrer comment les malades agitées pouvaient être surveillées et traitées en même temps :
"On mettait du papier de verre sous le pied d'une de nos bonnes agitées et elles pouvaient frotter le sol (en parquet). C'était une manière de garder les locaux propres et de plus, le papier était préféré à la paille de fer, car cette dernière risquait d'être ingurgitée dans un but suicidaire".

Déjà, apparaît cette notion que dans les lieux propres la sécurité y est plus assurée et qu'ainsi les soins sont de meilleure qualité.

Nous voyons aussi apparaître un cycle bien particulier : agitation psycho-motrice - activité ménagère - négation apparente du symptôme - place nette et suppression de toute agitation, et à la limite de tout signe de folie. Et ceci donne peut-être une explication au fait que le sol qui est actuellement recouvert d'un carrelage d'entretien facile était consti-

tué d'un parquet qu'il fallait frotter et encaustiquer chaque jour.

De même, on attachait beaucoup d'importance à certains soins corporels. "Les soins corporels étaient la coupe des cheveux et des ongles. On recommandait de veiller particulièrement à la coupe des ongles chez les agitées car on les empêchait de griffer". Nous en rapprocherons l'ablation des dents chez des malades susceptibles de mordre, et il paraît que ces "traitements" se pratiquent encore (mais que l'on se rassure, c'est "ailleurs" que ces choses ont lieu !). Mais finalement, les lobotomies ne se rapprochent-elles pas un peu de ces méthodes. En effet, on peut se demander si les indications des lobotomies ne reposent pas sur un principe identique : suppression des symptômes inquiétants par intervention chirurgicale.

On pourrait également parler des véritables rites obsessionnels à propos du comptage du linge, des ustensiles de cuisine : couteaux, même si ceux-ci sont à bout rond, et aussi à propos des ouvertures et fermetures des portes et fenêtres avec une clé pour chaque ouverture. Quoi de plus sécurisant en effet que d'avoir dans sa poche une clé que l'autre n'a pas et surtout n'a pas le droit d'avoir !

Mais cette loi ^{est} de surveillance continue ne peut être maintenue que si elle/parallèlement transgressée. Cette transgression est en partie assurée par certains malades que l'on pourrait presque qualifier d'"aides-soignants". Ces derniers sont choisis par les soignants eux-mêmes et la loi de l'hôpital est vécue comme leur propre loi, et l'on pourrait dire que ces malades sont le sur-moi de chaque soignant. Ainsi, la loi est transgressée, et par les malades, et par les soignants, et ceci dans une attitude spécifiquement dialectique.

Il est, du reste, encore fréquent de voir tel "bon malade" venir rappeler à la surveillante que la perfusion de tel malade

est terminée ou que c'est l'heure de la soupe.

On voit déjà que dans cet étrange désert qu'était l'institution à cette époque, pour qu'il puisse "se passer quelque chose" entre soignants et soignés des risques étaient pris. Laisser surveiller un malade par un autre, faire avec lui une tâche qui est réservée à un soignant, c'est faire une sorte de pari avec la folie ; mais n'est-ce pas aussi un mode de prise en charge, rappelant ainsi ce que nous avons appelé un contrat ?

Ces relations se retrouvent dans ce que l'on a appelé en le critiquant le "travail noir". Pour expliquer ce en quoi consiste ce travail, nous donnerons quelques exemples.

Les malades qui ne descendaient pas au jardin restaient dans les dortoirs s'occupant, par exemple, à tricoter avec des aiguilles en bakélite, les aiguilles en fer étant prohibées. Or, les infirmières apportaient tout leur linge à racommoder ou leurs tricotés avec leur propre matériel. Et elles mettaient ainsi à la disposition des malades des aiguilles de fer, travaillant avec les malades, ce qui était formellement interdit. Ainsi, Madame T. nous rapporte :

"En arrivant au dortoir pour prendre la garde, nous avions l'habitude de nous asseoir auprès du lit d'une malade que nous aimions bien. Nous lui donnions du travail que nous faisions ensemble. C'était une bonne travailleuse et une malade de confiance. Quand les autorités, c'est-à-dire le Patron ou la Surveillante Générale débarquaient à l'improviste dans les dortoirs, nous avions le temps de cacher notre travail sous la taie d'oreiller de notre malade. Les malades étaient nos complices".

Certes, ce genre de travail aboutissait souvent à une profonde exploitation du malade, comme le montre la fin de ce récit :

"Nous n'étions pas des petites saintes. Quand les malades étaient payées pour un beau travail, nous ne demandions au mieux que la moitié du prix coûtant. Très souvent, nous usions d'un chantage affectif tel que nous n'avions rien à déboursier. La seule manière

pour les malades de se procurer des marchandises qu'elles désiraient était de passer par notre intermédiaire. Ce qu'elles demandaient, c'étaient des sucreries, du jambon ou de la laine. Nous leur promettions de leur offrir si elles finissaient les ouvrages que nous leur avions confiés".

Il est évident que ce récit reflète également l'énorme culpabilité de la soignante devant sa propre exploitation de la malade. Mais, outre que le pécule donné actuellement par l'administration demeure extrêmement bas (70 N.Francs par mois au maximum, pour un malade embauché aux cuisines par exemple) ces relations n'avaient-elles pas également une certaine valeur ? Elles permettaient, en effet, aux soignantes d'établir une communication avec les malades sans en avoir peur et de prendre avec elles un certain risque, tout en laissant aux malades la possibilité d'échafauder un processus identificatoire.

Et finalement ne permettaient-elles pas à tout le monde de vivre tout simplement un peu ensemble ?

A Moisselles, comme nous le verrons par la suite, un club de malades a été créé, avec son ergothérapie, ses relations malades - institutionnalisées aux décours de réunions, et la chasse était faite à ce travail noir qui était vécu, cette fois, comme transgressant la loi de l'institution et de son club.

o

o o

DEUXIEME PARTIE

Sécurité et psychothérapie institutionnelle

Mais que sont devenus ces problèmes de sécurité à l'époque des services ouverts, des services libres et du travail de secteur ?

Nous allons tenter d'analyser comment au travers de cette différente méthode de prise en charge se trouve transformée cette notion. Les malades sont-ils en sécurité et n'y a-t-il pas à l'hôpital des malades et des membres du personnel en danger ?

La notion même de sécurité reste, en effet, toujours bien présente lorsque l'on parle des malades mentaux. En effet, être devant un malade mental, c'est aussi nous protéger de la peur que ce dernier peut créer en chacun d'entre nous. Mais de quelle peur s'agit-il exactement ?

Comme le dit M.Mannoni (Esprit - Novembre 1965) :

"Quand l'adulte se trouve face à un semblable qui n'est pas à l'image de ce que l'on croit pouvoir en attendre, il oscille entre une attitude de rejet ou de crainte. Tout être humain qui par son état rend impossible certaines projections provoque chez l'autre un malaise, malaise nié dont les effets se produisent dans le domaine de l'imaginaire".

I - Sécurité, risque et sexualité

A l'hôpital, comme du reste à l'extérieur de celui-ci, il semble que ce soit la sexualité des malades qui éveille en nous le plus de phantasmes. Or, à l'hôpital, tout est fait pour que ces problèmes soient scotomisés : services unisexués aussi bien

du côté des malades que des soignants, seul le personnel des services d'entretien et les médecins sont épargnés de ce genre de ségrégation. Notons cependant que l'arrivée de la première interne femme à Moisselles date seulement de 1946.

Si nous abordons d'abord ces problèmes, c'est qu'ils nous paraissent mettre en jeu à la fois la sécurité des malades et celle des soignants.

Certes, dans de nombreux services des "rencontres" s'effectuent entre malades. Ainsi, à Moisselles, un bal a lieu régulièrement à la Sainte-Catherine où sont invités les malades hommes de Clermont de l'Oise et du C.T.R.S. L'apparition de ce genre de situations pourrait laisser supposer que la sexualité des malades mentaux n'est plus aussi violemment réprimée à l'hôpital. Or, ce sont uniquement des rencontres entre malades qui sont organisées, laissant ainsi la porte ouverte à ce que l'on pourrait appeler une "sexualité folle". Cette dernière exige, par définition, une surveillance médicale. Or, justement, la sexualité des malades est le plus souvent une inhibition très profonde, et non pas une "libération des instincts" comme le voudrait l'imagerie populaire. Jamais, nous n'avons vu un club ou une association de malades prendre le risque d'entreprendre une sortie pour un bal se déroulant dans une situation dite normale, c'est-à-dire hors des murs de l'asile. Seules, les visites aux "floralies" ou au salon du bricolage sont admises, et ceci, selon qu'il s'agisse de malades hommes ou femmes, selon le schéma devenu presque classique !!!

Mais qu'en est-il exactement de cette surveillance médicale ? Quelle est l'attitude des soignants pendant ces festivités ? Doit-on garder ou enlever sa blouse blanche ? Peut-on danser avec un malade sans lui dire, ou sans avoir envie de lui dire : "Je suis payé pour être ici, je ne suis pas là comme malade". En effet, on connaît l'importance du salaire dans le traitement d'un malade, et toute personne qui vient à l'hôpital pour s'occuper de malades sans être payée est considérée comme suspecte.

Que devient alors la notion de prise en charge du malade dans une telle situation ?

Nous relaterons ici une observation qui nous est apparue intéressante car elle permettait d'évoquer et la sécurité d'un malade et la notion de risque à prendre ou à ne pas prendre au décours d'un traitement.

En Novembre 196..., deux jeunes éducatrices viennent à l'hôpital y faire un stage d'un mois, envoyées par leur école. Elles feront donc pendant cette période partie de l'équipe soignante d'un pavillon. Parmi les 50 malades de ce pavillon, elles sont invitées à s'occuper plus particulièrement de certains malades. Moïse E. est "choisi" et l'on note déjà que cette position de "choisi", voire d'élus, est bien particulière.

Voici quelques éléments du dossier du malade :

Septembre 196.. : "Psychose discordante évoluant depuis dix ans. Bizareries du comportement, errance sur la voie publique, idées délirantes et syndrome hallucinatoire".

Un rapport de placement d'office : "De renseignements recueillis dans son entourage, il ressort que le retour de l'intéressé n'y est pas souhaité, en raison de violentes crises de violence dont il souffre".

Et, surtout, de très nombreuses fois : "Evadé, réintégré, à maintenir".

Il s'agit, en effet, d'un malade d'une vingtaine d'années, "le plus beau du pavillon" dit-on volontiers ; mutique, s'exprimant par geste, et à la mimique extrêmement riche. Moïse E. est réputé dangereux. D'une part, dangereux pour les autres malades : de nombreux coups de poing "sans que l'on sache pourquoi" à d'autres malades. D'autre part, dangereux pour les soignants : des infirmiers, mais également un interne, qui suivaient régulièrement ce malade avaient été agressés (notons qu'à l'époque où nous avons fait cette observation, cet interne était devenu assistant). Ce malade n'épargnait vraiment personne !

Enfin, nous donnerons un point important : Moïse E. avait pour traitement une injection de Moditen-Retard tous les quinze jours, ce traitement ayant été prescrit par le médecin dont nous avons parlé plus haut. Or, ce malade était le seul, dans ce pavillon, à recevoir ce traitement. Dans ce service, en effet, ce médicament était prescrit en ambulatoire ou à des malades devant sortir prochainement. De par cette situation, ce malade n'avait pas avec les infirmiers l'importante relation qu'ils avaient avec les autres malades, au moment de la prise des médicaments.

Il fût choisi par une des éducatrices : Jane. Celle-ci le voyait de longs moments dans la salle de réunions et des échanges par écrit s'installèrent. ^{Ni} Les autres malades ni les infirmiers ne participaient à ces échanges. Mais du reste faut-il vraiment parler d'échanges pour expliquer ce qui s'est passé ? En effet, il nous a semblé s'agir d'une relation où l'un (Jane) donnait quelque chose de verbalisable et où l'autre (Moïse) recevait quelque chose qu'il ne verbalisait pas, et la façon dont a été reçu ce premier objet laissait la porte ouverte à toutes les interprétations possibles, ainsi que la façon dont il lui était répondu.

Des changements de comportement du malade sont cependant notés par toute l'équipe. Moïse E. semblait accepter l'institution et ses règles, se posant comme malade à part entière. Il assiste, en y participant, aux réunions du pavillon (Jane lisait ce qu'il avait écrit), posant lui aussi ses revendications et participant à l'élection du délégué. Ainsi, pour la première fois depuis bien longtemps, Moïse était considéré comme malade par le collectif du pavillon et cette situation nouvelle nous est apparue comme très importante.

Puis c'est la fin du stage des deux éducatrices. C'est alors que l'inquiétude va apparaître. En effet, les éducatrices nous demandent de continuer à suivre le malade, à venir le voir à l'hôpital, amitié qui serait alliée à une prise en charge thérapeutique.

C'était déjà le début de la transgression, mais aussi celui d'une situation floue puisque les termes du contrat n'avaient pu être clairement explicités.

Cependant la situation est plus ou moins acceptée. Une correspondance s'établit en effet entre Jane et Moïse. Les lettres seront cependant régulièrement ouvertes avant ou après la remise à l'intéressé. Et ainsi on voit apparaître l'attitude ambivalente des infirmiers aussi bien que du médecin du pavillon (l'interne) à propos de cette situation. Permissif, oui, mais ...

Trois mois après le début de ces échanges épistolaires, Jane abonne Moïse à un hebdomadaire catholique. Nous notons ici l'importance du caractère religieux de cet hebdomadaire, car, comme nous l'avons vu plus haut, Moïse était ce qu'on appelle : "un délirant mystique". Ce journal relate les événements de la vie extérieure. Il s'agit actuellement de la guerre du Biafra, et plus particulièrement du suicide par le feu de certains adolescents en rapport avec cette guerre. Une lettre de Moïse est ouverte :

"Chère amie,

Les temps sont durs, la guerre, la famine, partout les impasses financières, industrielles et commerciales. Il faut un bon gars pour arranger tout ça. Comment ? Par sa mort.

Le bon gars c'est Moïse ; Bons baisers. Moïse".

Devant une telle lettre l'équipe soignante se demande s'il faut remettre au malade le journal auquel il est abonné, mais qui va lui apprendre ces horribles choses. La sécurité de tout le monde est en jeu, nous dit-on. Il faut mettre Moïse à l'abri de la réalité. Mais n'est-ce pas aussi la sécurité de Jane qui est en jeu ? Ne va-t-elle pas se sentir responsable s'il arrive quelque chose de grave à ce malade ? Ce qui revient à dire : "Elle est coupable, et nous ne voulons pas partager avec elle une telle responsabilité, ni prendre un tel risque". Par ailleurs, est-ce

que nous ne trompons pas la confiance que nous fait la famille de ce malade qui croit Moïse à l'abri puisqu'hospitalisé. Notons, de plus, que ce dernier est en placement d'office.

Ainsi l'on voit que lorsqu'une certaine réalité entre à l'intérieur de l'asile, tout le monde peut se sentir en danger. En effet, dans le cas de ces relations, l'équipe soignante est persuadée qu'une relation autre que thérapeutique s'est établie entre Moïse et Jane. Ce serait une relation amoureuse. Et on dirait que c'est cette relation amoureuse qui fait courir au malade un danger de mort.

Avant de poursuivre cette observation, nous voudrions poser le problème suivant : celui de l'interprétation d'une situation en pratique institutionnelle. En effet, lorsque nous disons : "tout le monde se sent en danger", il s'agit bien d'une interprétation de notre part. C'est-à-dire que c'est au niveau de nos propres phantasmes, ainsi qu'au niveau des phantasmes de l'équipe soignante, que le problème se pose. En effet, tout le monde n'était pas en danger, mais si l'on peut dire, en danger de se sentir en danger. Ainsi nous voyons que de l'interprétation en milieu institutionnel peut surgir une énorme ambiguïté sur les rôles de chacun, ambiguïté qui risque de paralyser les situations, plutôt que de les faire évoluer. Si une interprétation, quelle qu'elle soit la valeur, est posée avec rigidité, elle demeure inutilisable.

Mais revenons sur le fameux danger dont nous avons parlé plus haut dans notre observation. L'équipe soignante connaissant les nombreux passages à l'acte violent de ce malade, on comprend que cette dernière ait posé le problème de la sécurité de chacun. C'est de ce problème dont il est parlé à la réunion d'équipe faite le lendemain où de nombreux problèmes sont abordés. C'est d'abord de la sécurité du malade qu'il est question. Tout le monde semble le désirer ardemment et pour ce faire, il faudrait mettre Moïse à l'abri de l'amour de Jane. Celle-ci jouerait avec dernier un jeu inquiétant. Mais un autre problème apparaît également

au cours de cette réunion. C'est le sentiment de culpabilité de l'équipe. Les éducatrices se vivaient en effet comme meilleures thérapeutes que les infirmiers. Elles disaient en effet que les infirmiers ne faisaient que du "gardiennage", se souciaient peu du désir du malade, alors qu'elles, en le sortant dans le parc, en lui donnant des journaux, elles s'en occuperaient vraiment.

Sentiment de culpabilité donc associé à un énorme sentiment de frustration.

Rivalité de pouvoir, mais aussi d'amour. Un autre problème apparaissait en effet : qui Moïse préférait-il ?

A la suite de cette réunion, il est décidé :

- de remettre au malade son journal et de lui faire parvenir la lettre qui lui est adressée,
- que l'interne du pavillon écrirait une lettre aux éducatrices pour leur dire de mettre un terme à leur "prise en charge".

On ne sera pas étonné qu'aucun passage à l'acte suicidaire n'ait suivi cette décision. En effet, nous avons vu que c'était au niveau des phantasmes des équipes soignantes que se situait le danger. Cependant, il nous semble que ce n'est qu'après coup que nous pouvons affirmer une telle chose. En effet, le maniement du transfert chez le psychotique pose des problèmes auxquels il est souvent difficile de faire face. Et sans doute le problème le plus délicat à résoudre est celui de notre propre contre-transfert.

La lettre fût rédigée immédiatement après la réunion. Mais la lenteur administrative pour certains, pour d'autre l'angoisse extrême de chacun devant cette situation, font que Jane n'a toujours pas reçu la convocation de l'interne lorsque Moïse fugue pour aller la rejoindre.

Cette fugue entraîne la rupture de la part de Jane qui redevient

éducatrice en faisant réintégrer l'hôpital au malade, en le sermonnant sévèrement, angoissée et peut-on dire surprise par la conduite du malade.

Par cette conduite, elle démontrait finalement que le risque que l'on ne pouvait pas prendre, était celui que l'on ne pouvait pas assumer.

Or, ne s'agissait-il pas de la part du malade d'une conduite particulièrement bien adaptée ? Ainsi, dans ces conditions, Moïse était devenu, d'individu malade, un objet de rivalité entre les différents soignants.

En conclusion devant une telle observation, il nous paraît nécessaire de dégager les points suivants à propos de :

a) l'attitude de l'éducatrice.

Certes, celle-ci avait pris un certain risque. Mais ce risque nous semble bien loin du risque nécessaire à prendre au cours d'une prise en charge à visée thérapeutique. Pendant les événements que nous avons relatés le médecin-chef avait parlé de "transfert amoureux non utilisable" montrant ainsi sa crainte devant le danger que courrait un malade dans une telle situation et surtout devant l'absence d'aide thérapeutique qui s'y ajoutait. En effet, qui était réellement en danger d'agression ? N'était-ce pas plutôt le malade que l'éducatrice ?

De plus ne faut-il pas impliquer également pour expliquer ce genre de situation la mauvaise conscience du personnel devant la situation qui est faite aux malades mentaux à l'hôpital ? Laisser une relation de ce type s'établir entre un malade et une personne extérieure au service, n'est-ce pas nous décharger de notre culpabilité ?

b) le problème de l'entrée à l'intérieur de l'hôpital de la réalité extérieure.

Nous avons vu en effet qu'il était apparu comme dangereux aux équipes soignantes d'informer un malade en lui remettant un

hebdomadaire relatant des faits tragiques certes, mais qui étaient le témoin d'une certaine réalité. Là, par contre, nous pensons qu'il est indispensable de prendre un tel risque, si ceci est vécu comme tel. Le problème n'est pas celui de l'information brute mais de la façon dont il en est parlé avec les malades.

Pour terminer, nous relaterons ici une courte observation.

Un malade psychotique est hospitalisé depuis huit ans. Il semble aller mieux, et comme aller mieux à l'hôpital, c'est aussi envisager une possibilité de sortie, il est parlé de celle-ci avec ce malade. Ce dernier divorcé depuis longtemps, et sachant que sa fille a atteint sa majorité serait susceptible de se rapprocher de son père, recherche l'adresse de cette dernière. Pour ce faire, le malade écrit à des cousins pour la leur demander.

Ces échanges épistolaires sont faits avec l'encouragement et l'accord complet des équipes soignantes. Mais la lettre revient avec la mention "décédé", le cachet de la poste faisant foi.

Cette lettre ne fût pas remise à l'envoyeur, comme c'est l'usage, puisque dans ce cas l'envoyeur était le malade. Or, cette lettre n'avait de valeur pour ce dernier que dans la mesure où elle lui permettait de reprendre contact avec sa fille. Mais il fût impossible de mettre ce malade devant une réalité vécue comme trop dangereuse pour lui. Sur l'enveloppe écrite de la main du malade la poste y avait mis son tampon fatidique. La mort de l'autre était alors vécue non pas comme une réalité douloureuse certes, mais comme une possibilité de mort pour le malade lui-même, comme si le tampon de la poste avait un effet magique sur le malade.

De plus, le fait qu'en huit ans, durée d'hospitalisation du malade, les choses aient pu changer, était une chose intolérable. Guérir pour le malade impliquait de revenir à l'état de fait antérieur du début de sa maladie. Le malade ne pouvait donc faire le deuil de cette perte et ne pourrait donc faire d'autres investissements (pour rechercher l'adresse de sa fille), alors que justement

le malade espérait que les choses avaient évolué. De la même façon, il est souvent impensable qu'un malade puisse reprendre une autre activité professionnelle, dans un autre logement, voire même avec un autre conjoint, vie différente de celle qu'il avait avant le début de la maladie ou plutôt de l'hospitalisation.

Et c'est peut-être avec ces données et ces conduites que l'on tue certaines possibilités chez un malade, et non pas en refusant de l'informer de la réalité extérieure. De même, il est fréquent qu'une mère de psychotique refuse d'annoncer le décès du père à ce dernier, priant un médecin ou un infirmier de le faire à sa place, voire de ne pas le faire du tout, laissant ainsi la confusion s'installer entre le réel et l'imaginaire et ouvrant tout le registre de la "forclusion du nom du père".

Ne faut-il pas faire un rapprochement entre ces différentes attitudes ?

II - Limites et Dangers de la "politique de sortie"

L'encombrement de la plupart des services des hôpitaux psychiatriques fait que souvent se pose le problème de "faire des sorties". Cette politique consiste à faire sortir le plus de malades possible. Sont alors choisis des malades qui se sentiraient "trop bien" à l'hôpital, et qui, par conséquence apparemment logique, sont volontiers considérés comme peu malades. Ceci d'une manière d'autant plus importante que les médecins leur prescrivent peu de médicaments. Il nous est arrivé, en effet, de refuser de prescrire une chimiothérapie à certains malades.

Par leur présence même, ils infirment l'aspect "sérieux" de la psychiatrie. C'étaient auparavant les cures de Sakel et les électro-chocs, c'est actuellement les cures chimiques ou encore, et ceci est variable selon les services, un séjour assidu et régulier à l'ergothérapie.

En fait, cette politique de sortie a une signification et si elle peut être utile à certains malades, elle porte en elle-même un certain risque. Nous essayerons d'analyser ces éléments, en développant dans ce chapitre la situation des "alcooliques". Notons que ces malades sont très nombreux à l'hôpital et que c'est surtout pour eux que se pose ce genre de problèmes.

Pourtant, à leur arrivée à l'hôpital, ces malades sont souvent bien accueillis. Pour peu qu'ils soient un peu trémulants, qu'un sevrage récent fasse penser à la possibilité d'un Délirium et surtout que leur intoxication soit explicable, ils seront bien "soignés". Il sera, en effet, nécessaire et urgent de traiter les symptômes de l'intoxication. Et ce traitement sera d'autant mieux appliqué qu'il s'agit d'un "bon malade", c'est-à-dire de quelqu'un qui demande à guérir. Le traitement à l'infirmerie est donc installé : perfusions pendant huit jours, injections intra-musculaires ensuite suivies parfois d'une cure de dégoût à l'Espéral (la cure à l'Apomorphine a pratiquement disparu).

Pendant cette période, la relation du malade avec l'équipe soignante est excellente, cette dernière exerçant sa fonction maternelle de façon exemplaire. Le malade sera vite transformé. Par la suite, il se montrera souvent être un bon travailleur. On pourra lui confier la responsabilité du dortoir et même de la salle de soins - et l'on a vu l'importance de ce lieu - on peut être sûr de l'état dans lequel on retrouvera ces lieux privilégiés. Ou encore, il aura une place de choix dans les ateliers où son respect de la machine et la qualité de son travail lui feront une place de sous-chef après le moniteur. Par ailleurs, on pourra parler avec lui. Et il est fréquent de voir ces malades rire des mêmes plaisanteries avec les infirmiers. Les problèmes professionnels, familiaux et surtout conjugaux seront vite abordés, et le malade souvent libéré par la simple séparation d'avec le milieu familial (on connaît bien cette fameuse femme d'alcoolique si castratrice et autoritaire, et surtout choisi par ce dernier) se sentira en pleine sécurité dans cette chaleureuse camaraderie homosexuelle. C'est cette régression si sécurisante, à la fois demandée par le malade et les soignants, qui fera de lui un membre à part entière de cet immense corps qu'est une institution psychiatrique.

Mais cette lune de miel va rapidement se terminer. Surtout si le malade est placé en service libre, le placement d'office permettant en effet de scotomiser beaucoup de problèmes, remettant à autrui la responsabilité de la sortie. Et, du reste, nous voyons cette recherche de placements d'office chez certains malades.

En effet, très nombreux sont les malades qui vont se remettre à boire. La réapparition de ce symptôme qu'est l'intoxication éthylique, se fait d'une manière très particulière, fonction essentiellement de l'attitude de l'équipe soignante face à ce symptôme.

Le cheminement vers la reprise de l'intoxication nous paraît bien symptomatique. Au décours du traitement somatique, le malade n'a plus besoin du symptôme, l'équipe soignante s'occupant, on l'a vu, parfaitement, du corps du malade.

Puis c'est la période de latence. Ce temps nous paraît extrêmement important. Nous savons que certains malades buvant peu ou pas à l'extérieur de l'hôpital se mettent à boire après un certain temps d'hospitalisation. Cette période qui a une certaine analogie avec celle que nous venons de décrire est la période d'appétance latente. Et c'est là qu'il nous semble fondamental d'intervenir, ceci avant la réapparition du symptôme. Il importe de voir les familles, de commencer des entretiens avec le malade, mais surtout d'analyser ce qui se passe au niveau du groupe : c'est-à-dire au niveau de la vie quotidienne du pavillon avec la façon dont est vécu le symptôme, et par les autres malades, et par les différentes personnes de l'équipe soignante. Il nous semble, en effet, que c'est à ce moment qu'il faut repérer le risque thérapeutique.

La réapparition du symptôme peut faire en effet que l'alcoolique ne sera plus vécu que comme un malade ayant trahi sa fonction, c'est-à-dire comme quelqu'un de non-malade. L'intoxication n'est plus alors considérée comme un symptôme, mais comme un danger extrême.

Nous voudrions analyser ici ce qu'il en est de ce danger. Il est vrai que des ivresses d'après-midi posent de façon aiguë le problème de la sécurité de chacun dans un pavillon.

Les rapports des infirmiers sont éloquents à ce sujet. En voici un exemple : "Altercation entre les malades H. et M. ; M. particulièrement agressif a dû être isolé ; au cours de cette intervention il y eut des échanges entre malades et infirmiers et nécessité de séparer malades et infirmiers. Il est à noter que seules les méthodes dites répressives (lit et sérum) ont jusqu'à présent un certain effet.

Ces interventions ont été critiquées par certaines personnes. Sur le plan pratique, où en est l'eau minérale en bouteilles plastiques ?".

Cet infirmier insiste à juste titre sur le danger. Il a fallu

séparer des malades entre eux, mais surtout des infirmiers des malades, ces infirmiers ayant présenté des crises d'angoisse d'une acuité telle qu'ils devenaient à leur tour dangereux. De plus, à la suite d'une altercation récente, un malade d'un autre pavillon avait dû être transféré dans un pavillon anciennement disciplinaire. La tension était donc extrême.

Dans ce rapport, nous voyons apparaître l'anxiété intense de ce surveillant, anxiété liée à sa propre culpabilité devant le traitement qu'il administre. En effet seul un traitement "répressif", dit-il, est valable. Pour lui, donc mettre un malade au lit avec une perfusion est quelque chose de mal, puisque répressif. Mais ce rapport est aussi un appel à l'aide lancé aux médecins. Enfin parlant d'un problème pratique (bouteilles en plastique) il invoque aussi le problème du rôle qui lui semble être imparti.

Lisant ce rapport, le médecin assistant convie ce surveillant à une réunion de médecins (soulignons que cette réunion a lieu le matin et qu'il s'agit d'un rapport établi par un surveillant d'après midi). Voici ce qu'il lui fût répondu :

"Monsieur, je vous fais savoir que je suis au courant de l'existence des réunions dans le service, ma mémoire n'est pas défaillante au point d'en avoir oublier jours et heures.

Depuis six ans, j'ai assisté à un grand nombre de ces réunions. J'y ai appris beaucoup de choses très intéressantes, notamment que les discussions au sujet des éthyliques sont demeurées stériles, peut-être pas à votre point de vue mais au mien, car à cette époque comme présentement, ce qui nous préoccupe le plus nous autres infirmiers est le problème pratique : la décision prise en fin de réunion et applicable le jour-même.

Au cas où vous auriez une proposition intéressante à nous communiquer à ce sujet, je vous prie de bien vouloir nous le faire savoir. Je me ferais un devoir d'assister à cette réunion, sans

doute seront également présents quelques infirmiers de l'équipe".

Nous voyions réapparaître ici, malgré l'attitude de défiance et de provocation, ou peut-être justement à cause de cette attitude, une demande de prise en charge de l'anxiété.

Ces infirmiers sont venus à la réunion, et il y a été discuté du traitement : nous insistons sur ce mot "traitement" car il implique en effet que les personnes dont il est parlées soient vécues comme malades.

En fait, les infirmiers ont une solution à ces problèmes d'agitation. Mais cette solution étant vécue comme n'ayant pas l'accord des médecins, elle ^{est} souvent tuée. C'est le problème des cellules d'isolement qui sont réclamées par toutes les équipes. Dans ces cellules seraient en fait isolés aussi bien les malades agités que les mourants. Et cette curieuse association montre à quel point l'idée de mort et donc de meurtre possible est présente dans une telle situation.

Ainsi, savoir que l'on aura, en cas de situation difficile, une cellule, donne aux infirmiers un immense sentiment de sécurité, pouvoir lutter contre le danger de l'agitation et pouvoir mettre la mort à l'écart.

Avant de terminer ce paragraphe, et pour expliciter l'observation, nous voudrions examiner ce qui nous semble être exactement cette opposition médecins-infirmiers que nous avons vu souvent apparaître au décours d'une situation dangereuse dont l'agitation alcoolique est à l'origine.

Il importe d'abord de repérer l'endroit exact où se situe cette opposition, et pour ce faire, il faudrait pouvoir définir clairement les rôles de chacun. Cela est certes extrêmement difficile à l'hôpital psychiatrique et nécessiterait peut-être l'instauration d'un système de psychodrame. Mais l'opposition médecins

infirmiers n'est-elle pas surtout le symptôme des ces difficultés à se situer ? Et c'est dans ces conditions que se pose d'une manière aiguë et extrêmement anxiogène le problème de l'autorité.

Dans les situations que nous avons décrites, il nous semble utile que le médecin soit susceptible d'y répondre.

Nous relaterons ici une observation qui nous paraît expliciter ce qu'il peut se passer lorsqu'une sortie d'un malade est envisagée du fait des dangers (décrits plus haut) que son hospitalisation fasse produire.

Monsieur B. est hospitalisé depuis trois ans en service libre. Il avait déjà plusieurs placements d'office, mais cette fois, avait préféré venir de lui-même à l'hôpital. Les certificats nous disent : "éthylisme névrotique, conflits conjugaux et familiaux, à traiter en service libre".

Ce malade est en effet en instance de divorce, mais notons que cette procédure n'a été mise en route que depuis que le malade est hospitalisé. Il se passe apparemment bien peu de choses pour ce malade. Il travaille régulièrement aux ateliers, sort en permission de temps à autre pour voir son avocat ou ses enfants. Et l'on oublie facilement qu'il lui est nécessaire d'être à l'hôpital pour qu'il puisse se séparer de sa femme. Bref, Monsieur B. semble vraiment trop bien adapté à l'hôpital. Il semble avoir transformé ce dernier en hôtel, ce qui est particulièrement intolérable pour les infirmiers. Il n'a donc plus de raison d'être hospitalisé. De plus, son discours semble apparemment logique et sain. Il nous dit en effet "que devant sa situation conjugale, avec une femme si autoritaire et négligente à la fois, bref si méchante, n'importe qui se mettrait à boire".

Ce discours est vécu comme un discours normal, alors qu'il est le type même du discours aliéné. Nous ne voulons pas par là dire qu'une telle conduite implique systématiquement une hospitalisation,

mais qu'elle justifie sûrement une prise en charge.

Cependant, les infirmiers font clairement entendre au malade qu'il est temps de sortir, que ses ivresses nuisent à la tranquillité du pavillon et surtout qu'ils ont l'impression de ne pas le soigner, c'est-à-dire finalement qu'ils ne le considèrent pas comme malade.

A la suite de ces événements, Monsieur B. écrit une lettre au médecin-chef pour lui demander une entrevue. Celle-ci est rapidement obtenue. Le lendemain de cette entrevue, l'interne du pavillon et deux infirmiers se retrouvent avec le médecin-chef pour parler de ce malade. On parle de "névrose de caractère", du sentiment de rejet qu'a ressenti Monsieur B., et de la nécessité de traitement.

Avant de poursuivre, nous voudrions faire une parenthèse sur la signification de ce diagnostic. Ce dernier, "névrose de caractère", a été posé par le médecin-chef, et ne pût dans cette situation être infirmé. Il fût utilisé, à notre avis, par le médecin chef pour permettre au malade de récupérer son étiquette qu'il avait perdue, ou tout au moins pour justifier la nécessité d'une prise en charge. Il fût vécu par nous, comme par les infirmiers, comme une nécessité de poursuivre l'hospitalisation, ce qui n'était pas forcément le cas.

Mais si Monsieur B. se sent à nouveau admis comme malade par les médecins il ne l'est pas par l'équipe d'infirmiers. Or, c'est pour lui une urgence, pour pouvoir vivre au pavillon. Il lui faut donc rapidement récupérer son statut. Or, qu'est-il, si ce n'est un alcoolique dangereux ? En deux jours, il reprend son intoxication d'une manière aiguë et sera ainsi amené à être dangereux pour le pavillon, menaçant malades et infirmiers du couteau. On sera à nouveau obligé de traiter Monsieur B. comme aux premiers jours de son hospitalisation, par l'isolement, les injections parentérales, mais surtout en parlant de lui comme on parle d'un malade en réunions.

Monsieur B. a ainsi retrouvé sa place de malade et sa quotidienneté hospitalière. Jusqu'à ce jour, il est toujours hospitalisé et son divorce n'est pas terminé.

Pour conclure sur cette observation, nous voudrions faire quelques remarques :

a) Sur la demande de divorce de ce malade,

Si ce malade ne pouvait divorcer qu'étant hospitalisé, c'est aussi que son discours n'y était pas vécu comme aliéné. En effet, puisque ce malade nous disait que sa femme faisait de lui un alcoolique nécessitant des soins hospitaliers, si ce malade était séparé de sa femme, il semblait que son hospitalisation ne serait plus nécessaire. Or ne s'agit-il pas de ce que l'on appelle : "entrer dans le délire d'un malade" ?

Nous lui avons effectivement donné régulièrement des permissions pour lui faciliter ses démarches. Et, lorsque ce malade rentrait ivre de permissions, nous lui demandions ce qu'il s'était passé pendant cette dernière, cherchant à y trouver une explication à ses ivresses. Et, c'est là où il nous semble que nous avons commis une erreur de prise en charge.

Il est donc profondément normal que devant une telle attitude, le malade ait vécu comme un douloureux rejet la demande de sortie qui lui était ainsi faite. Nous rompions un contrat que nous avions établi avec lui.

Présentée de telle manière, la sortie correspond à une absence de prise en charge et à un rejet du malade en tant que tel.

b) Sur la nécessité d'hospitalisation d'un tel malade,

Nous avons vu que le diagnostic "névrose de caractère" avait été vécu par l'équipe soignante comme impliquant le besoin de pour-

suivre l'hospitalisation. Nous pensons qu'une telle traduction a pour cause la culpabilité de l'équipe soignante devant un tel malade, ceci par un processus identificatoire. Mais elle a aussi pour cause la profonde aliénation des équipes soignantes de l'hôpital. A partir du moment où quelqu'un apparaît comme malade, il y a nécessité d'hospitalisation. Ceci peut être faux. Et c'est dans ces conditions que la politique de sortie peut avoir un grand intérêt. Nous voyons que tout dépend de la façon dont est envisagée la sortie. Elle ne devrait pas être le rejet d'un malade dangereux, mais un des stades de la prise en charge. Dans la mesure où cette dernière ne s'effectue pas à l'hôpital, poursuivre une hospitalisation n'a effectivement pas de sens, pas plus du reste que d'imposer une sortie à un malade.

III - Sécurité et refuge hospitalier

Nous avons vu, en analysant la politique de sortie, son influence sur les symptômes que pouvaient être amené à présenter un malade hospitalisé.

Parfois, cependant, l'hôpital est vécu d'une toute autre manière. C'est ainsi que pour certains malades, il peut sembler que l'hôpital ne soit pas vécu comme un lieu où l'on soigne, mais comme un refuge. Ce mot est souvent employé à titre critique, comme si prendre l'hôpital pour refuge impliquait une remise en cause de l'hôpital dans sa fonction soignante, donnant ainsi au personnel une fonction intolérable. Et devant un malade qui semble prendre "l'hôpital pour un hôtel", on est tenté d'avoir une attitude de rejet, la demande du malade semblant dévaloriser notre fonction.

Or, qu'en est-il exactement du refuge hospitalier ? Chercher refuge, n'est-ce pas "chercher un lieu où l'on puisse se retirer pour échapper à un danger, pour se mettre en sûreté" (Robert, 69).

Nous voyons ainsi que par la notion même de refuge, apparaît la menace d'un danger contre lequel il faut lutter. Donc chercher refuge a pour un malade une signification, un sens que nous allons essayer d'analyser.

Par ailleurs, dans quelle mesure l'hôpital est-il susceptible de répondre à une telle demande, et lorsque l'hôpital y répond, dans quelle mesure cela ne constitue-t-il pas un danger pour le malade et pour les soignants ?

Nous parlerons dans ce chapitre des malades psychotiques et plus particulièrement des "schizophrènes" pour lesquels il nous semble que "trouver un refuge à l'hôpital" a un sens très aigu.

a) L'hôpital et le corps du schizophrène

...the ... of ...
...the ... of ...
...the ... of ...
...the ... of ...
...the ... of ...
...the ... of ...
...the ... of ...
...the ... of ...

...the ... of ...
...the ... of ...
...the ... of ...

...the ... of ...
...the ... of ...
...the ... of ...

...the ... of ...
...the ... of ...
...the ... of ...

...the ... of ...
...the ... of ...
...the ... of ...

...the ... of ...

"Si je n'ai pas l'asile, je suis un mort vivant", nous a dit un malade lorsque nous nous posions avec lui le pourquoi et le comment de ses fréquentes hospitalisations.

Ce propos nous a paru montrer d'une manière tragique, une certaine vérité de la relation du psychotique avec l'hôpital. Cela peut paraître paradoxal à la plupart d'entre nous qui voyons quotidiennement l'hôpital dans son état de misère évidente. Et, lorsqu'un nouveau soignant arrive à l'hôpital, il ressent au contraire les malades hospitalisés depuis longtemps comme des "morts vivants". Mais le vécu du malade est essentiellement différent.

Pour expliciter ceci revenons sur ce malade dont nous avons cité plus haut le propos.

Il s'agit d'un homme d'une quarantaine d'années qui est hospitalisé, à sa demande, tous les trois ou quatre mois. Il demande également à chaque nouvelle admission à réintégrer toujours le même pavillon, ce qui est possible dans un service dont les pavillons sont sectorisés. Il est, de plus, toujours hospitalisé pour des raisons similaires. Au cours de périodes aiguës de dépersonnalisation qui peuvent se produire n'importe où, chez lui ou sur un lieu public, sa conduite est bien particulière : soit il se déshabille, s'allongeant par terre, tentant de saisir les limites de la pièce ; soit il se précipite dans un plan d'eau "Pour savoir si son corps va flotter et quelles sont les sensations que l'on a lorsque l'on est tout entouré d'eau".

Ce malade ne sachant pas nager, on pense à plusieurs reprises à une conduite suicidaire, ce qui n'était évidemment pas le cas.

Que se passe-t-il pour ce malade à son entrée à l'hôpital ?

Pendant une huitaine de jours, il est couché avec un traitement injectable. Notons que pendant cette période, le malade reste nu, refusant tout pyjama, mais s'entourant de nombreuses couvertures. Le

fait qu'il veuille rester nu, est extrêmement bien toléré et accepté par l'équipe. Ceci nous semble d'une très grande valeur pour la relation qui s'établit entre le malade et son équipe soignante. Les repas lui sont également apportés au lit.

Au bout de ces huit jours, le malade se lève, d'un commun accord entre nous et les infirmiers, il fut exigé de lui qu'il s'habille, ce qui en règle ne pose aucune difficulté. Et rapidement, le malade se montre extrêmement actif au pavillon et aux ateliers, établissant d'excellentes relations avec les autres malades ainsi qu'avec les infirmiers, et l'on pourrait penser qu'au bout d'un mois son hospitalisation n'est plus nécessaire. Or le malade remet toujours à la semaine prochaine la date de sa sortie, ce qui peut faire penser que le malade se réfugie à nouveau à l'hôpital. Mais lorsque nous lui avons promis de le réhospitaliser, s'il n'allait pas bien, il a accepté facilement de sortir.

Nous voyons déjà en quel terme ce malade est venu nous demander refuge.

Un autre malade, également psychotique et hospitalisé depuis longtemps, nous a dit, à propos de la possibilité pour lui d'une permission de longue durée : "L'hôpital ne pourra continuer à être si je pars".

Nous voyons ici aussi à quel point l'hôpital peut arriver à faire partie intégrante du vécu du psychotique. C'est en fait au niveau du corps de ce dernier que le problème se situe.

En effet, si l'hôpital semble prendre complètement en charge le corps du schizophrène, ce dernier se vit comme prenant l'hôpital en charge. Et toute rupture peut entraîner la mort de l'un ou l'autre, son corps ne faisant plus qu'un avec l'hôpital.

Mais ne faut-il pas voir également dans ce propos une demande de malade, demande à laquelle il nous semble nécessaire de répondre

en réassurant ce dernier : "Non, vous pouvez partir, vous ne risquez rien".

b) L'hôpital et le temps vécu chez le schizophrène

Pour expliciter cette restructuration des psychotiques à l'hôpital, il nous paraît nécessaire d'analyser le déroulement du quotidien d'un malade hospitalisé. C'est en effet par ce biais que nous pouvons analyser le mécanisme.

Nous connaissons, ou plutôt nous avons l'impression de connaître, le vécu quotidien du malade "bien adapté à l'hôpital" : deux fois par jour, à heures fixes, par le même chemin - sinon il risque de se perdre pense-t-on - l'aller-retour des ateliers, les médicaments également aux mêmes heures qui précèdent les repas faits surtout de purée et de viande hachée. On connaît la fréquence de ces fixations quasi-obsessionnelles sur tous ces protocoles, ceci, du reste, aussi bien de la part des malades que des infirmiers. Et aussi l'importance d'une place (ceci au sens propre du terme) aux ateliers ou aux repas. Il est fréquent de voir des malades si fortement attachés à leur "place", celle-ci ayant pris une signification très particulière, avoir des réactions d'une violence extrême pour un endroit qui leur aurait été pris par quelqu'un d'autre.

C'est le vécu dramatique d'une amputation.

C'est ainsi que, dans cet univers, va pouvoir se restructurer le malade et l'on perçoit toute la valeur et la signification de ce repli en fonction de cette énorme anxiété morcellante du psychotique.

Dans un autre domaine, qui ne nous paraît pas très éloigné de celui que nous venons de décrire, nous citerons le discours d'un autre malade : "Je suis hospitalisé depuis que j'ai un an". Dans notre registre, nous apprenons que ce malade est à l'hôpital pour la troisième fois, et que sa dernière hospitalisation a débuté il

y a quatre mois. C'est cette façon si particulière de vivre le temps que nous appelons le télescopage. Mais, justement, ce télescopage n'est-il pas particulièrement possible à l'hôpital psychiatrique ? Quelle différence y-a-t-il entre un malade hospitalisé depuis trois ou vingt ans ? Pour beaucoup, il y en a bien peu.

c) Les réels dangers du refuge hospitalier

Nous aimerions tirer une première conclusion de cette association sécurité et refuge hospitalier. Nous avons vu en effet que les structures de l'hôpital psychiatrique pouvaient effectivement permettre aux malades de lutter contre un certain danger. Mais il ne s'agit pas ici du danger tel qu'il est décrit par les lois, mais d'un danger plus intense et plus vrai : le danger de morcellement par atteinte du schéma corporel. Et, l'hospitalisation peut permettre, dans ce domaine, une réassurance et donc un éloignement du danger tel qu'il est vécu par le psychotique.

Cependant, pour que ce processus puisse s'effectuer, nous avons voulu mettre en évidence l'importance du rôle d'une équipe soignante, et de la façon dont est prise par cette dernière la demande du malade. En effet, il nous semble nécessaire de répondre dans un premier temps à cette demande. Mais il nous semble fondamental de ne pas poursuivre trop longtemps une telle hospitalisation. En effet, dans un tel cas les soignants n'aident plus le malade à lutter contre son propre danger, mais l'aident simplement à ce que le problème ne se pose plus. Ceci nous semble très différent d'une prise en charge à visée thérapeutique. Et faire que pour un malade plus aucun problème ne se pose est finalement un réel danger.

C'est de cette "surprotection" du malade psychotique dont nous voudrions maintenant parler.

Il est certain que les familles des malades et même les familles non directement concernées par ce problème nous le demande. Nous citerons cette lettre d'un facteur du Malade, habitant à proximité de

l'hôpital de Perray-Vaucluse et citée par Gentis dans "les murs de l'asile" :

"Quand le médecin s'exprime sur l'utilité de la libre circulation des malades mentaux dans une agglomération, il songe à son objectif professionnel. Il estime peu important la gêne procurée à la population que l'on n'a pas consultée en la circonstance Je ne sais si les familles des trois médecins habitent la localité. Dans l'affirmative, j'aimerais connaître l'opinion de ces familles et en particulier celle de la maman envoyant son petit garçon ou sa petite fille à l'école par les chemins fréquentés par les malades ...".

Ce propos peut sembler dépasser les problèmes que nous évoquions, mais il semble en donner un pôle explicatif qui n'est pas négligeable.

En effet, pour revenir aux familles des malades, ce qu'elles nous demandent, c'est de protéger leur malade réputé fragile. La manière dont est envisagée cette "protection" est variable. Ce peut être les empêcher simplement de quitter l'hôpital, mais c'est aussi leur éviter l'annonce d'un événement, qui est jugé comme pouvant "traumatiser" le malade : le mariage d'un frère ou plus encore le décès d'un parent proche. Ce qui fait qu'en évitant un prétendu choc possible, nous risquons, en plus du fait que nous camouflons une réalité, de supprimer un nouvel investissement affectif à un malade.

Or, nous savons que ce n'est pas ce que nous appelons réalité extérieure qui est vécue comme dangereuse par le malade. C'est dans l'imaginaire de la famille ou des soignants qu'elle est vécue comme dangereuse pour ce dernier. Et nous avons vu dans une observation décrite précédemment où se posait le problème de l'opportunité de remettre à un malade une lettre lui annonçant un décès, que s'ouvrait ainsi tout le chapitre de la confusion entre le réel et l'imaginaire.

Il peut ainsi paraître difficile aux soignants d'envisager la

vie à l'extérieur de l'hôpital. Nous tenterons d'analyser cet aspect du problème par l'étude de certaines relations soignants-soignés que nous avons observées à l'hôpital de Moisselles. Il nous paraît artificiel, en effet, de suivre l'évolution d'un malade, sans analyser en même temps ce qu'il se passe pour les soignants.

Nous avons vu en analysant les "anciennes méthodes" qu'il s'agit d'un hôpital relativement petit, avec un seul médecin-chef, un assistant, sept internes et deux psychologues. L'arrivée d'un nouveau médecin-chef a bouleversé ces structures. C'est ce que certains ont appelés "l'institutionnalisation d'un service", qui est en fait une tentative d'approche différente du malade, mais ceci dans un hôpital qui conserve la même fonction.

Ce fut pour Moisselles, la création d'un club de malades, fonctionnant d'après la loi de 1901. Celui-ci a son propre budget, théoriquement géré par les malades avec un système de réunions très codifié.

Mais ce club étant également synonyme de l'arrivée du nouveau médecin-chef, le club ne sera souvent vécu que comme le prolongement du désir du médecin-chef. Ce qui impliquait, par exemple, pour la surveillante du club une position très particulière où la porte était ouverte à tous les phantasmes. Et être une "bonne infirmière" du club ayant la responsabilité de telle activité, c'était exiger d'elle la participation active des malades à cette activité. Une bonne infirmière a beaucoup de malades "avec elle".

Nous voyons donc que cette situation exigeait tant de l'infirmière que du malade une position difficile à soutenir. L'infirmière devant être à l'écoute du désir du malade et le désir du malade devait répondre à "l'idée du désir du malade" chez le médecin-chef.

Ainsi, pour que le club fonctionne, il fallait deux déléguées par quartier et par activité. Ces dernières se réunissaient dans le local du club avec une infirmière et l'interne du club. Mais

chaque quartier avait toujours des difficultés extrêmes à trouver des malades "désireuses" d'être déléguées de quartier. D'une part l'opposition club-quartier était extrême du côté des soignants : différence d'horaire, mais surtout différence d'activités, donc problèmes de rivalité de valeurs ; d'autre part du côté des malades : opposition entre les malades assidues à l'ergothérapie de quartier et les "bonnes malades" du club. De plus les malades jeunes quittaient les quartiers et se retrouvaient avec les autres "petites jeunes" dans les locaux du club : bar, salon de coiffure, etc ...

Ces différentes oppositions se retrouvaient au décours des réunions du club, ceci spécialement au cours de la réunion "travail". C'était les querelles devenues presque traditionnelles entre les "petites jeunes" qui fréquentaient de manière très irrégulière les ateliers, bavardaient au salon de coiffure et faisaient de temps à autre de violents passages à l'acte, et les autres malades "bonnes travailleuses", en règle plus âgées.

A la tête de ce club de malade était la présidente du club, élue pour un mois en assemblée générale, où étaient présentes malades, infirmières et médecins. Mais il faut bien reconnaître que les malades ne "descendaient" pas facilement, que les infirmières étaient rarement en nombre, justement ce jour-là, et que fréquentes étaient les assemblées sans interne.

Marie-Claude, jeune psychotique de vingt ans, réussit à faire l'unanimité pour ce poste pendant de longs mois. Venant d'un foyer, elle était autant aimée par les infirmières de son quartier que par celle du club, et elle était également très appréciée des autres malades. Mais Marie-Claude sentait avec une acuité extrême et une angoisse très douloureuse l'opposition entre les deux équipes de soignantes, ainsi que l'opposition entre les malades de son âge et les autres malades. Ceci pouvant faire penser à la douleur de l'enfant découvrant l'opposition entre ses parents et celle des autres enfants qui en découle. Chaque enfant répond aux désirs d'un des parents. Ces oppositions étaient vécues comme une dislocation de sa

propre image. Dislocation contre laquelle il lui fallait absolument lutter pour pouvoir vivre.

Marie-Claude permettait la médiation entre les différentes équipes. En effet, bien que faisant partie du groupe des petites jeunes et participant avec elles à quelques actes répréhensibles, elle revendiquait la valeur thérapeutique du travail, participant avec assiduité au travail des ateliers. Mais, en tant que présidente du club, elle était présente à chacune de ces réunions et y appelait elle-même les délégués de chaque quartier. Elle jouait ainsi parfaitement le rôle que sa fonction lui imposait. Ainsi, Marie-Claude, par sa seule présence, démontrait le bien-fondé du fonctionnement de l'hôpital. Elle était le symptôme-masque de l'institution.

Or, habituellement dans cet hôpital, le critère de bonne adaptation à la vie de l'hôpital et à ses structures était synonyme de guérison et donc de sortie possible. La bonne entente avec les autres malades, avec les ergothérapeutes et avec les infirmières de quartier signifiait une possibilité d'adaptation en milieu professionnel extérieur et en milieu familial ou foyer. On oubliait peut-être, en faisant ce rapprochement, que l'hôpital gardait une fonction bien particulière que l'on ne peut scotomiser, même en tentant d'établir des structures qui se rapprocheraient le plus possible de ce que l'on sera amené à vivre à l'extérieur. Cependant n'était-ce justement pas le cas de cette malade ? Or, lorsqu'il fut parlé de sa sortie à l'occasion de l'arrivée d'un nouvel interne, des résistances énormes apparurent. Ses crises d'angoisse n'étaient pas terminées, disait-on. Il lui arrivait fréquemment en effet de quitter violemment une réunion et de courir dans le parc, comme pour se débarrasser de son angoisse. Certes, sa structure psychotique était elle-même source d'angoisse, mais cette dernière ne voulait-elle pas dire également : "ne vous inquiétez pas, je ne vais pas encore partir", ou encore : "cette situation est trop morcellante pour moi, débrouillez-vous sans moi".

Il faut dire, pour être complet, que la mère de Marie-Claude

était hospitalisée à Maison-Blanche depuis longtemps et que, avec l'accord complet des soignants et grâce à la voiture du club, la malade allait souvent rendre visite à sa mère. Notons également que pour les autres malades, il était extrêmement difficile de profiter de cette voiture pour rendre visite à leur propre famille qui était considérée comme trop pathogène.

Le point le plus important était donc de déculpabiliser la jeune malade. Grâce à plusieurs réunions des équipes soignantes, il fut finalement décidé d'envisager la sortie de la malade. Mais parallèlement à la recherche d'un foyer et d'un travail, il fallait que Marie-Claude désinvestisse progressivement ses fonctions de responsabilité à l'hôpital et puisse quitter sa situation de fille de mère malade.

Ce travail exigea de longs mois, et une fois que Marie-Claude eût quitté l'hôpital, une profonde crise traversa le club des malades.

En conclusion, nous voudrions analyser qu'elle est la signification de cette longue hospitalisation (trois ans en tout) dans le cas que nous venons de décrire.

Nous avons vu que Marie-Claude venait d'un foyer et sa venue à l'hôpital était son dernier refuge possible. Certes, cette malade a été très améliorée par son hospitalisation, et son insertion dans les structures du club lui ont permis une restructuration et un certain repérage. Cependant, elle s'est trouvée dans une telle situation que sa demande d'hospitalisation était perpétuellement entretenue par les soignants. Il y avait nécessité pour les soignants à ce que Marie-Claude continue à nous demander aide et protection.

Lorsque nous lui demandions d'envisager avec nous une vie à l'extérieur de l'hôpital, cela lui semblait souvent impossible, et nos premiers entretiens avec elle sur ce sujet furent suivis de crise d'angoisse d'une acuité extrême. La sortie de l'hôpital était vécue

2. The second part of the document focuses on the implementation of the proposed changes. It details the steps involved in the process, from the initial planning stage to the final execution. This section also addresses the potential challenges that may arise during the implementation phase and provides strategies to overcome them. The goal is to ensure a smooth transition and successful outcome for the organization.

3. The third part of the document discusses the evaluation of the results. It describes the methods used to measure the effectiveness of the changes and compares the actual outcomes with the expected results. This section also highlights the key findings and provides recommendations for future improvements. The evaluation process is crucial for understanding the impact of the changes and making informed decisions for the future.

4. The fourth part of the document provides a summary of the findings and conclusions. It reiterates the importance of the changes and the successful implementation of the proposed plan. This section also expresses confidence in the organization's ability to achieve its goals and maintain its commitment to excellence. The summary serves as a final reminder of the key points discussed throughout the document.

5. The fifth part of the document discusses the future outlook and the ongoing commitment to improvement. It outlines the plans for continued monitoring and evaluation of the changes and the commitment to staying up-to-date with the latest industry trends. This section also emphasizes the importance of collaboration and communication among all stakeholders in the organization. The future outlook is optimistic, with a strong belief in the organization's ability to continue to grow and succeed.

6. The sixth part of the document provides a final summary and a call to action. It encourages all members of the organization to embrace the changes and work together to achieve the common goals. This section also expresses gratitude for the support and cooperation of all stakeholders throughout the process. The call to action is a powerful statement of commitment and determination, inspiring everyone to take ownership of their role in the organization's success.

comme une impossibilité physique, un véritable danger. C'est ce que nous appelons le refuge négatif, c'est-à-dire sans prise en charge associée. Et nous pensons que dans ce cas une hospitalisation est dangereuse pour le malade lui-même.

Or, le cas de Marie-Claude est loin d'être unique. Le nombre de malades hospitalisés depuis longtemps dans un service est extrêmement important. Nous pensons qu'à partir du moment où nous disons d'un malade qu'il n'a pas d'autre possibilité que celle du refuge hospitalier, nous aliénons par là les possibilités même du malade, le confinant, par nos désirs, à un rôle bien particulier.

C'est donc, là encore, insister sur la conduite du personnel soignant : savoir accepter la demande de sécurité d'un malade en en connaissant ses limites et ses dangers.

o

o o

TROISIEME PARTIE

Limites de la prise en charge de l'interne compatible avec sa propre sécurité

Parfois, devant ces problèmes aigus de dangerosité, les médecins ont essayé une prise en charge psychothérapique. Ce fût également notre cas.

Nous relaterons, ici, une expérience de prise en charge de ce type, faite à l'intérieur d'un pavillon d'hôpital. Mais, avant de voir l'observation de ce cas d'une manière approfondie, nous dirons d'abord que cette prise en charge a été faite régulièrement pendant dix mois par nous, alors interne de ce pavillon. Ceci nous paraît déjà être une ambiguïté, puisque la situation de l'interne ou plutôt sa fonction est loin d'être définie dans une institution. Nous pourrions simplement la qualifier de polymorphe.

Pour l'interne d'un pavillon, le problème d'une prise en charge psychothérapique est bien particulier. Et nous voudrions analyser dans ce chapitre ce qu'il est susceptible de se passer dans un tel cas. En effet, au décours de cette expérience nous nous sommes heurtés à plusieurs dangers : celui d'un malade dangereux pour lui-même et pour le collectif du pavillon, mais aussi celui de notre propre sensation de danger. En effet, nous n'avons jamais vu le malade seul, considérant qu'il était préférable de voir ce dernier avec un ou plusieurs membres de l'équipe soignante, afin que la prise en charge se fasse par l'ensemble de l'équipe, laissant à chacun la possibilité d'intervenir. Mais ne faut-il pas voir ici une rationalisation ? En effet, n'est-ce pas notre propre crainte du malade qui nous a fait avoir une telle conduite ?

Par ailleurs, lorsqu'une personne extérieure au pavillon com-

mence une telle prise en charge, le problème n'est évidemment pas celui de la guérison, ou plutôt de la suppression du symptôme, même si celui-ci est "dangereux", mais une tentative d'approche de la structure de la personnalité. En termes différents, se pose la prise en charge par un interne. Ainsi lorsqu'un malade dangereux est suivi par un interne, ce qui lui est demandé par le reste de l'équipe, c'est la suppression, et ceci de préférence dans les plus brefs délais (notons qu'un interne ne reste jamais plus d'un an dans le même service), du symptôme inquiétant, c'est-à-dire pour ce cas de la dangerosité afin que l'angoisse de l'équipe diminue, mais aussi pour que la sortie de ce malade puisse être envisagée dans les meilleures conditions. Enfin, il faut noter l'interférence de la prise en charge psychothérapique et chimique. Nous ne voulons absolument pas nier l'importance ni la valeur de la thérapeutique chimique. Et une telle thérapeutique dont la signification est bien verbalisée avec le malade peut être d'une utilité extrême. Nous voulons simplement insister sur l'ambiguïté d'une telle situation.

Monsieur A. est un malade dangereux. Dangereux pour les autres, il a été plusieurs fois hospitalisé en placement d'office pour violences sur la voie publique et surtout dans sa propre famille, entraînant un rejet très net de cette dernière, mais aussi dangereux pour lui-même, tentatives d'autolyse répétée par auto-mutilations. Ces événements ont toujours lieu lorsque ce malade est en état d'ivresse.

Mais qui est Monsieur A. ? Jeune algérien de vingt huit ans, en France depuis dix ans, de bon niveau intellectuel, scolarisé jusqu'à seize ans. Pendant sept ans, bien inséré dans sa famille et dans son milieu professionnel, tout au moins apparemment, il est hospitalisé depuis quatre ans. La symptomatologie de ce malade est polymorphe. Il pose essentiellement des problèmes de structure. Toujours est-il que ce malade présente souvent des crises aiguës d'angoisse à la limite de la dépersonnalisation. Sa thymie est dépressive, associée à des mécanismes de défense hystérique et obsessionnel. Mais il ne peut verbaliser ce qu'il ressent que

lorsqu'il boit, ce qui fait apparaître en plus un énorme sentiment de culpabilité.

Que se passe-t-il pour ce malade à l'hôpital ? D'une part Monsieur A. ne travaille pas, refusant toute activité, que ce soit au pavillon ou aux ateliers. Très isolé au pavillon, ce malade reste le plus souvent assis dans un coin du pavillon, apparemment inactif, montrant ce que l'on pourrait presque appeler le visage du malheur.

Mais très souvent, Monsieur A. se fait ravitailler en boissons alcoolisées et rentre au pavillon en état d'éthylisme aigu. Alors seulement, il peut renverser ses pulsions auto-destructrices, injurier, menace et même agresse les membres de l'équipe soignante, obligeant cette dernière à calmer d'une manière ou d'une autre ce malade. Les équipes soignantes avaient finalement atteint un degré d'extrême lassitude devant une telle situation.

C'est dans ces conditions que nous avons envisagé de suivre ce malade régulièrement trois fois par semaine, deux fois avec l'équipe du matin, une fois avec celle d'après-midi.

Notre intention n'est pas de relater ce qui s'est passé pendant les différents entretiens, mais plutôt d'essayer de voir ce qu'il s'est passé sur le plan institutionnel.

Les séances matinales se sont déroulées avec le plein accord de l'équipe, ce qui nous a permis de voir ce malade non plus seulement comme un "alcoolique", mais aussi comme un grand malade. Par contre, les entretiens de l'après-midi se déroulaient de manière bien différente. En effet, il est évident que ce malade n'avait cessé en rien ses ivresses de fin d'après-midi, et de plus il était parfois si inhibé pendant les entretiens qu'il lui était plus facile d'y arriver ivre. Certes, les entretiens étaient alors d'une richesse extrême, mais à la fin de ceux-ci Monsieur A. poursuivait comme d'habitude son intoxication. L'état d'agitation était si aigu et surtout si chargé d'anxiété que tout passage à l'acte d'une

violence extrême semblait possible.

L'interne du pavillon se trouvait alors dans l'obligation d'avoir une attitude beaucoup plus active et plus directive. Ainsi, plusieurs fois ce malade fut mis en cellule avec un traitement injectable, traitement prescrit par la même personne que celle qui avait, en outre, le rôle d'essayer de comprendre avec lui certains problèmes.

Cependant, au bout de trois mois environ, ce malade semblait aller mieux. En fait, simplement, il n'avait pas fait de tentative de suicide et ses ivresses semblaient s'espacer. Parallelement, il nous parlait de son pays, l'Algérie, de son village et de son enfance. C'est alors que fut envisagée la convalescence en Algérie.

Tout fut mis en oeuvre pour que ce départ s'organise dans les meilleures conditions et le plus rapidement possible. 1.000 francs furent débloqués. Ce qui peut déjà paraître suspect lorsque l'on connaît les difficultés d'aide sociale aux malades mentaux. On semblait tout accepter de ce malade, ses quelques ivresses et surtout son agressivité qui masquait mal son anxiété. On voulait qu'il parte et ce faisant on n'entendait plus son angoisse extrême à l'idée de retourner en Algérie.

Mais la machine du transfert s'était mise en marche. Ce malade avait trop peur. Et, l'on affirmait qu'il fallait "qu'il se passe quelque chose de nouveau" pour ce malade.

Nous analyserons plus loin ce "on" que nous avons employé à plusieurs reprises. Notons simplement ici qu'en tant qu'interne nous avons la possibilité dans ce service de ne pas envoyer ce malade en "transfert" en Algérie.

Monsieur A. est parti accompagné de deux infirmiers, avec un cérémonial dûment préparé. Il est revenu seul huit jours après.

L'accueil du malade fut à son retour fort réservé. L'équipe soignante parla de changement de pavillon et l'on sait à quel point ce genre de proposition signe le rejet d'un malade.

L'interne donna son accord à une nouvelle hospitalisation dans le même pavillon. Un mois après cette dernière, Monsieur A. avait retrouvé son ancien statut en reprenant son intoxication, diverses tentatives de sortie de l'hôpital ayant échouées.

Essayons de tirer quelques conclusions sur cette expérience. D'abord, il nous paraît nécessaire d'analyser pourquoi nous avons décidé de prendre un tel malade en psychothérapie. D'une part, nous avons senti ce malade en danger devant le cycle perpétuel : agitation - dangerosité - thérapeutique sédatrice, et nous avons pensé qu'il était nécessaire de faire céder une telle situation. Mais d'autre part, il nous a semblé qu'il nous fallait répondre à une certaine demande des infirmiers : faire cesser le danger.

Or ce danger ne nous est apparu que comme le symptôme résultant de la maladie de Monsieur A., écartant et oubliant un peu les structures de l'hôpital. De plus, ne voulions-nous pas démontrer qu'une approche psychothérapique était plus valable ? Et n'avons-nous pas voulu montrer la valeur de notre savoir ? Mais il nous semble que justement ce savoir médical est l'arme particulière de réassurance des médecins. Vivre une situation dangereuse et avoir l'impression de comprendre, n'est-ce pas prendre un recul sécurisant ?

Par ailleurs, au décours de cette expérience, il nous a semblé que nous tombions dans un certain piège : celui de l'efficacité, or le désir d'efficacité est-il compatible avec une prise en charge psychothérapique ? Nous nous donnerons comme première raison la durée même de notre stage. Mais quelqu'en soit la raison, ceci ne nous semble pas valable.

Nous voudrions surtout aborder le problème du transfert du ma-

lade en Algérie. Nous avons vu que nous avons donné notre accord à ce départ. Mais ce terme même de transfert, n'a-t-il pas un étrange double sens ? Duquel s'agissait-il exactement dans ce cas ?

Nous avons vu que nous avons été amené à avoir des conduites très différentes avec ce malade, allant de l'écoute à la conduite directive. Et n'est-ce pas cette double attitude qui constitue un danger pour l'interne à l'intérieur de l'hôpital, tout en constituant le grand intérêt de sa fonction ?

Ainsi, nous posons le problème suivant : le médecin traitant d'un pavillon peut-il en même temps prendre un malade en psychothérapie ? Ceci ne nous semble pas possible surtout lorsqu'un seul malade du pavillon est pris en charge de cette manière et que, de plus, il s'agit d'un malade hospitalisé depuis longtemps et que la poursuite de cette prise en charge ne peut être envisagée dans un autre lieu que le pavillon, en dispensaire, par exemple.

Par ailleurs, il s'agissait de la prise en charge d'un malade dont la dangerosité semblait être le symptôme le plus aigu. Or, la dangerosité en milieu collectif est un symptôme de ce dernier et doit donc être traité comme tel.

o

o o

CONCLUSIONS

Nous avons tenté de montrer dans ce travail l'ambiguïté même de la notion de sécurité. Celle-ci se situe en effet à plusieurs niveaux.

Dans l'introduction, nous avons posé la question suivante : dans quelle mesure un malade peut-il être pris en charge dans un hôpital où la sécurité a une telle importance ? C'est-à-dire est-il possible d'assurer le traitement d'un malade tout en recherchant notre propre sécurité, ainsi que celle du malade ? Et, enfin, quel est le risque dynamique inhérent à toute prise en charge ?

Pour répondre à ces questions, revenons sur les différentes situations que nous avons décrites. Dans chacune de celle-ci, la notion de sécurité peut y avoir une signification bien différente.

I - Dans l'hôpital, institution totalitaire

Dans cette situation, un certain aspect de la sécurité est réalisé. Qu'en est-il ? Nous avons vu que les buts recherchés étaient : lutte contre le suicide, l'évasion et l'impulsion à frapper, en d'autres termes, lutte contre le risque de destruction. Dans une telle situation, on peut dire que l'objectif recherché est atteint. Peu de malades se suicident, s'évadent ou frappent. La sécurité des soignants et des malades serait assurée par ce que nous avons vu être la surveillance continue. Or, il s'agit en fait, d'une prétendue sécurité continue. Celle-ci est en effet impossible au sens strict. En outre, cette formule trouve forcément ses limites et il nous paraît fondamental d'en faire la critique par rapport au risque inhérent à la prise en charge d'un malade.

En effet, qu'en est-il de cette dernière ? Nous pensons que dans

de telles structures, cette forme de la sécurité est en fait anesthésiante et rejette par elle-même toute possibilité de relation thérapeutique.

Parfois, cependant, un certain risque est pris au niveau de la transgression de la loi. Cependant, nous ne pensons pas que, même lorsque ce risque est pris, ceci dans une institution traditionnelle, une réelle prise en charge du malade s'effectue. En effet, qu'est-il fait de la parole du malade ? Il n'en est justement rien fait, puisqu'elle est considérée à priori comme dangereuse. Or, toute la valeur d'une relation n'est-elle pas justement dans le langage, expression d'un désir ?

II - Sécurité et thérapeutique en milieu institutionnel

Nous avons vu que dans une telle situation, la notion de sécurité prend un sens différent. Cependant, au sens traditionnel, il peut sembler que la sécurité y est moins assurée. Les risques d'évasion seraient plus fréquents, de même que les risques de passage à l'acte. Ce sont les problèmes posés par la suppression de la prétendue loi de surveillance continue. Nous ne voulons pas dire par là que c'est l'ouverture des portes qui est responsable de ces dangers, puisque nous pensons que c'est un début de reconnaissance de la maladie mentale à l'intérieur des structures hospitalières.

Que devient alors la notion de sécurité, et quelles sont les causes de ces possibilités ?

Dans un tel système, nous avons vu que la recherche de sécurité des malades pouvait être compatible avec une prise en charge. Apparaît un aspect nouveau de la sécurité : c'est la reconnaissance du désir du malade.

C'est l'importance, lorsqu'il y a nécessité d'hospitalisation. C'est la possibilité d'un début de prise en charge d'un éthylique, la possibilité de restructuration d'un psychotique, finalement la possi-

bilité de dédramatiser une situation permettant d'assurer la sécurité d'un malade et de son entourage, tout en envisageant un traitement. Cependant, notons que, parallèlement à ces possibilités, nombreuses sont les personnes en danger à l'hôpital. Qu'elles sont - elles ?

- Dangers pour les soignants.

Nous avons vu les problèmes d'agitation qui mettent en jeu la sécurité de chacun. Ainsi, les soignants sont amenés à avoir une attitude vécue par eux comme répressive et faisant donc apparaître une culpabilité très anxiogène. Les mécanismes de défense contre cette anxiété sont diverses. Et, finalement, on retrouve le schéma : angoisse - rejet - culpabilité , donc insécurité des soignants.

- Dangers pour les malades

Le risque essentiel pour les malades à l'hôpital psychiatrique est l'absence complète de prise en charge. Et l'insécurité qui peut y avoir est corollaire de cette situation. Ainsi, à l'hôpital, notons que sur un effectif de 50 malades d'un pavillon, il y a un mouvement d'au maximum 20 malades. Les autres sont rentrés dans le système de sécurité anesthésiante de l'hôpital et semblent être soignés par les murs. De plus, notons que les sorties ne sont pas toujours le temps d'une prise en charge, mais peuvent être, comme nous l'avons vu, le simple rejet d'un malade.

La sécurité anesthésiante est due parfois au rôle hyperprotecteur des soignants qui ne veulent et ne peuvent prendre .. risques avec les malades mentaux. Nous avons vu que la réalité extérieure pénétrait bien peu à l'intérieur des murs de l'hôpital. La fonction même de l'hôpital fait que la réalité ne doit pas y pénétrer, puisqu'il faut mettre des individus en dehors de cette dernière afin de protéger des individus contre d'autres individus.

Cette situation peut susciter l'éclosion de certains passages

à l'acte dangereux, ceci tant du côté des malades que des soignants. Et ne sont pas à l'abri non plus ni les familles des malades ni la population dans son ensemble.

Ainsi, nous voyons que la recherche de sécurité n'est compatible avec une prise en charge que si cette demande de sécurité provient du malade. Dans d'autres conditions, la sécurité du malade imposée par d'autres et pour d'autres, aliène chez lui toute possibilité.

Nous voudrions insister sur l'importance et la valeur des petites unités de soins en liaison constante avec le secteur où les problèmes de sécurité sont plus analysables comme étant le symptôme d'une relation tronquée.

Tout risque ne peut jamais être écarté dans une relation thérapeutique. Ne peut être pris qu'un risque que l'on peut assumer. Et n'est-ce pas justement ainsi que l'on peut concevoir une relation thérapeutique ?

o

o o

BIBLIOGRAPHIE

- FREUD S. : Inhibition, Symptôme et Angoisse
Malaise dans la civilisation
- GOFFMANN E. : Asiles (Ed. de Minuit)
- FEDIDA P. : Critique (Octobre 1968)
- AULAGNIER P. : Remarques sur la structure psychotique (P.U.F.)
- LACAN J. : Ecrits (Ed. du Seuil)
- FOUCAULT M. : Histoire de la folie (Plon)
- PIRANDELLO L. : Le bonnet du fou (Gallimard)
- CHAIGNEAU H. : Prise en charge institutionnelle des sujets
réputés psychotiques (Confrontations psychia-
triques, Décembre 1968)
- AYME - RAPPARD TORRUBIA : Thérapeutique institutionnelle (E.M.C.)
- CHAIGNEAU - SIVADON, TOURNEAU : Une expérience socio-thérapique
de 10 années (Annales médico -
psychologiques 1958)
- BASAGLIA F. : L'institution en négation (Le Seuil)
- COOPER D. : Psychiatrie et anti-psychiatrie (Le Seuil)
- AYME et TOSQUELLES : Soins aux psychotiques en institution
- RACAMIER P.C. : La psychanalyse sans divan (Payot)

- RECHERCHES : Aspects de la vie quotidienne à l'hôpital psychiatrique (Mai 1970)
- GENTIS : Les murs de l'asile (Ed. Maspéro)
- MANNONI M. : Le psychiatre, son fou et la psychanalyse (Le Seuil)
- STORR A. : L'agressivité nécessaire (Lafon)
- RIMBAULT G. : La psychanalyse et l'institution (Recherches Déc.68)
- STIRNEMANN J.R. : Une expérience de camping thérapeutique dans
un service de psychiatrie de la Seine
(Thèse pour le doctorat en médecine - à paraître)
- LEVY A. : Les paradoxes de la liberté à l'hôpital psychiatrique
(Ed. de l'Epi)
- THOYER M. : La réunion du personnel soignant à l'hôpital psychiatrique (Thèse de médecine - Paris 1969)

o

o o

Vu, le Doyen
Mr le Professeur FOURNIER

Vu, le Président de thèse
Mr le Professeur LAUNAY

Vu et permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie
de Paris

R. MALLET

